

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE  
ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO  
DE SAÚDE II DA LAGOA DA CONCEIÇÃO

BRAULIA DELMA DOS SANTOS

*Defendido em:*  
*04/10/02*

Florianópolis  
2002

  
Prof.<sup>a</sup> Krystyna Matys Costa  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

BRAULIA DELMA DOS SANTOS

**A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE  
ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO  
DE SAÚDE II DA LAGOA DA CONCEIÇÃO**

Trabalho de Conclusão de curso  
apresentado ao Departamento de  
Serviço Social da Universidade  
Federal de Santa Catarina, para  
obtenção do grau de Bacharel em  
Serviço Social, orientado pela  
Professora - Dra. Catarina Maria  
Schmickler no 1º semestre de  
2002.

Florianópolis

2002

**BRAULIA DELMA DOS SANTOS**

**BANCA EXAMINADORA**



Catarina Maria Schmickler

Professora orientadora



A.S. Magda Duarte Dos Anjos Scherer

Membro da banca



Enf. Sônia Daugs

Membro da banca

Florianópolis, Outubro de 2002

Dedico este trabalho ao grande amor  
da minha vida, Vaninho, por todo o  
carinho, amor, dedicação e  
compreensão, o que foi essencial para  
mais esta conquista.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a amiga Aldani pelo apoio e momentos de dedicação, que foram fundamentais para a concretização desse ideal.

Dani "Maria", pela eterna amizade, companheirismo e força em todos os momentos.

Keli Regina Dal Prá e Daniela Castamann que sempre estiveram presentes e me apoiaram quando necessitei.

Edilene, Joyce e Jana, "quarteto panelinha", pelos momentos de profundas alegrias e cooperação.

Escola Desdobrada da Costa da Lagoa pelo apoio e incentivo.

Departamento de Serviço Social por toda a atenção.

Aos meus pais e minhas irmãs Débora, Bianca e Dora, eterno obrigado por tudo que fazem por mim.

As Professoras Catarina e Magda por toda a dedicação e disposição que foram indispensáveis para a realização deste trabalho.

Equipe do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição, em especial a Soninha que além de profissional competente foi uma verdadeira amiga.

Ao Dr. Cesar Paulo Simionato que sempre esteve preocupado, incentivando e torcendo pelo meu crescimento.

Ao Professor Marchal e a amiga Cirene pela oportunidade e força que me fez ver a vida sob um novo prisma.

Jana e Binha pelos momentos em que "invadi" suas casas e tomei o seu tempo.

Aos amigos Deize e Valdeni, que não mediram esforços em me apoiar e dar aquela força!

Ao quarteto "Parada Dura", Mana, Deza e Deizinha pelo conforto e momentos de alegria.

“Um jovem acadêmico terminava seu curso. Glorioso, empertigado e feliz, diploma na mão, abraçou o professor e disse:

- Obrigado, mestre. Sinto-me definitivamente formado para a vida, pronto com a minha educação!
- Pois eu, meu filho, só agora estou iniciando a minha...”.

**Roque Schneider**

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
CAPÍTULO 1 INTERDISCIPLINARIDADE: UMA PROPOSTA DE TRABALHO EM EQUIPE	12
1.1 Década de 1970.....	14
1.2 Década de 1980.....	17
1.3 Década de 1990.....	19
1.4 Definição de grupos .....	21
1.5 Definição de equipes .....	24
CAPÍTULO 2 UM BREVE HISTÓRICO DO CENTRO DE SAÚDE II DA LAGOA DA CONCEIÇÃO	31
CAPÍTULO 3 A ORGANIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE II DA LAGOA DA CONCEIÇÃO	37
3.1 Programa de Saúde Família.....	39
3.2 A Prática e a Inserção do Assistente Social na Equipe do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição.....	45
4 CONCLUSÃO	64
BIBLIOGRAFIA	67

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto de uma experiência oportunizada pelo estágio curricular obrigatório de Serviço Social, no Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição – Florianópolis/SC, no período de setembro de 2001 à maio de 2002.

A princípio, tal experiência estava pré-definida para ser realizada no Escritório Modelo de Assistência Jurídica (EMAJ) na Universidade Federal de Santa Catarina, onde já havíamos realizado um semestre de estágio curricular não obrigatório. Porém, em razão do movimento grevista dos servidores federais, sem qualquer indicação para terminar, achamos conveniente que essa experiência fosse transferida para outro local.

Assim, o enfoque deste trabalho se dará na atuação do serviço social na área da saúde com base na nova lógica de atendimento estabelecida pelo SUS –*Programa de Saúde da Família*, PSF- perpassando por questões como o trabalho em equipe e a Interdisciplinaridade. cremos deste modo, ser importante a divulgação desta proposta de trabalho Interdisciplinar com a intenção de contribuir para um repensar da profissão, pois nesta experiência vimos o quanto os nossos conhecimentos “especializados” são diminutos diante da realidade social que se apresenta.

Percebemos a necessidade de um trabalho em conjunto no sentido de alargarmos os nossos conhecimentos através de uma “troca” de saberes específicos que se complementam, como também oferecer ao usuário um serviço de boa qualidade a que tem direito.

Segundo Vasconcelos (1997, p.17)

“Até o início da década de 1970 a assistência à saúde existente no Brasil quase se resumia à medicina curativa praticada nos consultórios particulares, nos hospitais e nos grandes ambulatorios da Previdência Social. A medicina preventiva e a educação em saúde eram atividades feitas por órgãos ou pessoas isoladas sem maiores recursos. A partir desta época muitas mudanças passaram a ocorrer nos órgãos de saúde brasileiros.

Desse modo, a medicina comunitária já vinha sendo colocada em prática em outros países do mundo, logo se mostrou a mais adequada às necessidades políticas que o país estava apresentando no momento.

Este modelo que utiliza técnicas mais simples e de baixo custo como a participação da população, mostrou-se o mais barato pois enfatiza ações preventivas e de acesso à todos, ao contrário das ações individuais da medicina curativa.

Sendo assim, as políticas de saúde foram criando projetos cada vez maiores que atendessem a população mais pobre dentro da filosofia da Medicina Comunitária criando uma grande quantidade de Centros e Postos de Saúde espalhados por todo o Brasil, oferecendo a população os chamados Serviços de Atenção Primária em Saúde, cujo PSF se apresenta hoje como a estratégia mais recente desse processo de reformulação da atenção em saúde.

Desse modo, tendo em vista que o atual modelo de atenção à saúde encontra-se em fase de redefinição de suas atividades e competências, tanto os usuários quanto os profissionais de saúde passam por um processo de readaptação de suas atribuições, como por exemplo, os citados profissionais, o trabalhar em equipes Multi e Interdisciplinar.

Assim, as Unidades de Saúde passaram a ser a porta de entrada desse sistema, atenção outrora centrada num nível de atenção mais complexo – o hospitalar.

É importante enfatizar, que é neste contexto de mudanças, que o Assistente Social se insere como categoria profissional que pode contribuir e fazer parte desse processo.

A inserção de um Assistente Social na Unidade de Saúde da Lagoa da Conceição é uma experiência nova e não foi planejada, pois este profissional foi transferido da Secretaria Municipal de saúde para atuar neste espaço devido ao seu perfil de Assistente Social Sanitarista.

Ainda no início de uma proposta de intervenção, este profissional que lá estava foi afastado contra a sua vontade, sendo que o trabalho que vinha desenvolvendo, estava sendo considerado bom tanto pela unidade de saúde quanto pela própria Secretaria Municipal de Saúde ao qual o Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição está subordinado.

Em razão disso, quando iniciamos nosso estágio, este profissional já não estava mais presente neste espaço, contudo, se disponibilizou em supervisionar nossa experiência fazendo um acompanhamento à distância, o que limitou um pouco nossa atuação.

Sendo assim, temos a intenção de apresentar e discutir neste trabalho, a construção da proposta de atuação do Serviço Social na Equipe do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição, que apresentaremos conforme segue.

No primeiro capítulo, abordaremos a questão da Interdisciplinaridade, tendo em vista que essa discussão é de grande importância para abordar a atuação do Assistente social neste espaço.

Posteriormente, no segundo capítulo, faremos um breve resgate histórico do processo de implantação do atual Centro de Saúde que foi oportunizado pela primeira funcionária desta instituição

em uma entrevista realizada em sua residência no dia 24 de agosto de 2002.

No terceiro capítulo, destacamos como foi se dando a intervenção do Serviço Social nesta Unidade de Saúde, e por último, apresentamos uma breve consideração final e a bibliografia consultada.

## **CAPÍTULO 1- INTERDISCIPLINARIDADE: UMA PROPOSTA DE TRABALHO EM EQUIPE**

Foi pensando em como se deveria abordar a questão de um trabalho em equipe, que resolvemos falar sobre a Interdisciplinaridade tendo em vista que este tema atualmente tem desencadeado uma série de pesquisas e discussões nas mais variadas áreas.

Com base em alguns estudiosos, a Interdisciplinaridade surge como possibilidade de enriquecer e ultrapassar a interação do conhecimento já que esta pressupõe uma integração entre eles. Esta integração requer uma interação de diversas áreas do conhecimento focadas em um objetivo comum.

Segundo Fazenda (1994) a Interdisciplinaridade, entre outras definições, apresenta-se como um processo que precisa ser vivido e exercido. Processo este, que implica numa troca de conhecimentos, com a intenção de dar suporte e base para uma ação profissional onde cada área de conhecimento específico, terá sua parcela de contribuição no resultado da ação final.

Para Japiassu (1976) é preciso fazer uma distinção entre quatro precisões terminológicas distintas, que recobrem o termo da Interdisciplinaridade. Segundo ele, estes termos fazem parte de diversos tipos ou modalidades do Interdisciplinar.

Estes termos estão relacionados da seguinte forma:



- *Multidisciplinaridade*
- *Pluridisciplinaridade*
- *Interdisciplinaridade*
- *Transdisciplinaridade*

A *Multidisciplinaridade* é identificada como uma simples justaposição de disciplinas num trabalho determinado, sem que isto implique em considerar um trabalho de equipe coordenado. Pretende estudar um objeto sob diferentes ângulos, sem haver uma determinação prévia sobre os métodos ou conceitos a serem utilizados. Seria o caso de se agrupar uma ou duas disciplinas, aos seus conhecimentos, sem haver enriquecimento ou modificação de todas as disciplinas envolvidas na situação.

A *Pluridisciplinaridade* se apresenta como um agrupamento de diversas disciplinas com alguma relação entre elas, sem existir, porém, qualquer coordenação.

Assim, tanto para a *Multidisciplinaridade* quanto para a *Pluridisciplinaridade*, o objetivo é alcançar uma síntese de um conhecimento inicialmente parcelado, para realizar uma análise e produzir um conhecimento especializado, já que estas foram previamente divididas em áreas e disciplinas delimitadas.

Para Japiassu (1976), a *Interdisciplinaridade*, caracteriza-se por ser uma interação entre duas ou mais disciplinas, podendo ser desde uma simples comunicação de idéias até a integração de conceitos como metodologia, procedimentos, terminologias, entre

outros, onde cada uma sairá deste processo com um certo "enriquecimento".

Podemos, pois, entender a *Interdisciplinaridade* como um esforço de convergência entre as disciplinas na busca de um melhor entendimento da realidade.

Portanto, segundo Fazenda (1994) a última etapa que se caracteriza como *Transdisciplinaridade*, foi criada por Piaget para completar a gradação esboçada pelo *multi*, *pluri* e *interdisciplinar*. Segundo ele, nesta etapa as disciplinas situariam suas ligações no interior de um sistema total sem fronteiras estabelecidas. Porém, tanto Piaget quanto Japiassu alegam que a *Trandisciplinaridade* é um sonho, pois estamos longe de uma integração total e definitiva com coordenação de todas as disciplinas.

Desse modo, enfocaremos aqui a Interdisciplinaridade para dar prosseguimento a essa discussão, fazendo um breve histórico na intenção de resgatar o processo histórico pela qual esta foi constituída.

### 1.1 DÉCADA DE 1970

Segundo Fazenda (1994) o Movimento da Interdisciplinaridade surge em meados da década de 1960 na Europa, principalmente na França e na Itália, época em que surgem os movimentos estudantis reivindicando um novo estatuto para as universidades e escolas.

Este posicionamento nasceu como oposição a todo o conhecimento que privilegia o capitalismo epistemológico de certas ciências, como oposição à alienação da

academia, às questões da cotidianidade, às organizações curriculares que evidenciavam a excessiva especialização e à toda e qualquer proposta de conhecimento que encitava o olhar do aluno numa única, restrita e limitada direção, à uma patologia do saber (Fazenda, 1994, p.19).

Desse modo, o citado movimento mostrava-se como uma forma de esclarecimento e classificação de propostas educacionais que foram surgindo na Época. E dentro desse enfoque, a categoria mobilizadora destas discussões foi a de *Totalidade* que defende a reflexão como elemento fundamental para se trabalhar a *Interdisciplinaridade*, de cujo movimento Georges Gusdoff foi um dos principais precursores.

Então, Gusdoff como estudioso da *Interdisciplinaridade*, apresentou um projeto de pesquisa<sup>1</sup> Interdisciplinar à Unesco para as ciências humanas, cuja intenção seria a de orientar esta ciência para a convergência, ou seja, para trabalhar-se pela unidade humana, da qual previa-se uma diminuição da distância teórica entre as ciências humanas.

Assim, foi à partir de Gusdoff que um grupo de estudiosos patrocinados também pela Unesco retomou suas idéias publicando um estudo<sup>2</sup> sobre Interdisciplinaridade em 1968. Desse grupo participaram estudiosos das principais universidades Européias e Americanas em diferentes áreas do conhecimento, cuja intenção era a de levantar questões para as ciências do amanhã.

---

<sup>1</sup> Esse estudo ou projeto foi publicado em 1967, pela Universidade de Estrasburgo. Intitula-se *Lês Sciences de L'homme Sont des Sciences Humaines*.

<sup>2</sup> Recebe o nome: *Lês Sciences Sociales – problèmes et orientations*. Publicado por Mouton/Unesco em francês e inglês.

Segundo Fazenda (1994), em 1971, foi formado um grupo de estudiosos, composto dentre outros por, Guy Berger, Lev Apostel, Asa Briggs, Guy Michaud, com o propósito de redigir um documento que contemplasse os principais problemas do ensino e da pesquisa nas universidades.

De acordo com a autora que analisou o documento após quase 30 anos de sua publicação, é nas entrelinhas desse estudo que se encontram sugestões de trabalhos para as ciências humanas que apenas "hoje" começam a ser esboçadas.

A autora destaca:

- A proposição do estudo da arte numa dimensão antropológica nos induz hoje a refletir sobre a superação da dicotomia ciência e arte;
- A indicação da necessidade de estudar-se antropológicamente as matemáticas nos induz a refletir sobre a dicotomia cultural e ciência;
- A idéia de estudar aspectos não tecnológicos das proposições técnicas nos reforça atualmente a importância do controle objetividade/ subjetividade;
- Os resultados dos estudos da cibernética no desenvolvimento da antropologia nos convidam a investigar a superação da dicotomia espaço/tempo (Fazenda, 1994,p.20).

No Brasil, um dos primeiros autores a abordar o tema da *Interdisciplinaridade* foi Hilton Japiassu (1976), que aborda as principais diferenciações conceituais escritas por autores como Michaud, Heckhausen, Piaget, revelando a principal controvérsia que surge na impossibilidade de se encontrar uma única linguagem para explicitação do conhecimento.

Hoje, porém, percebe-se que todo esse movimento de conceituação da *Interdisciplinaridade* ajudou os estudiosos a estabelecer as finalidades e as destinações dos projetos que esta envolveu.

A segunda questão que coloca Japiassu (Idem), refere-se à metodologia Interdisciplinar, que consistia numa proposta de como certo projeto pode tornar-se possível com os recursos de que se dispõe para a sua realização e alguns cuidados na constituição de equipes Interdisciplinares.

Segundo o autor (Idem), estes cuidados podem ser elencados da seguinte forma:

- Definição do problema ou questão a ser definida;
- Repartição de tarefas;
- Comunicação dos resultados.

Uma outra preocupação de Japiassu (Idem), diz respeito ao registro das situações vividas pela equipe interdisciplinar. Estas serviram como base para a constatação de êxitos e fracassos, os quais a equipe poderá refletir e sugerir determinados procedimentos, além de ser fonte de estudo para outros pesquisadores.

## 1.2 DÉCADA DE 1980

A *Interdisciplinaridade* na década de 1980 foi marcada por um movimento que buscava a epistemologia que explicitasse o teórico a partir do prático, do real.

Desse movimento, surgiu um dos documentos mais importantes referentes à *Interdisciplinaridade* intitulado *Interdisciplinaridade e Ciências Humanas* (1983) escrito por Gusdoff, Apostel, Bottomore, entre outros.

Segundo Fazenda (1994), neste documento discutiam-se os pontos de encontro e cooperação das disciplinas que formam as Ciências Humanas e a influência que umas exercem sobre as outras, seja do ponto de vista histórico, seja do ponto de vista filosófico. É com base nestes estudos, que podemos relacionar significativos avanços dados por esse grupo ao estudo da *Interdisciplinaridade*. Podemos apresenta-los da seguinte forma:

- a atitude interdisciplinar não seria apenas resultado de uma simples síntese imaginativas e audazes;
- a *Interdisciplinaridade* não é categoria de conhecimento, mas de ação;
- a *Interdisciplinaridade* nos conduz a um exercício de conhecimento: o perguntar e o duvidar;
- entre as disciplinas e a *Interdisciplinaridade* existe uma diferença de categoria;
- *Interdisciplinaridade* é a arte do tecido que nunca deixa ocorrer o divórcio entre seus elementos, entretanto, de um tecido bem traçado e flexível a *Interdisciplinaridade* se desenvolve a partir do desenvolvimento das próprias disciplinas (Fazenda, 1994, p.28).

Portanto, de acordo com a autora, a década de 1980 apresentou uma das principais dicotomias a serem superadas pela *Interdisciplinaridade*: teoria/prática. Segundo ela, esta poderá ser bem “enfrentada” se os autores se dispuserem a descrevê-las e analisá-las com cuidado.

### 1.3 DÉCADA DE 1990

Para Fazenda (1994), a década de 1990 marcou o ápice das principais contradições nas pesquisas sobre Interdisciplinaridade. Segundo a autora, (Idem, p.34), "à partir da constatação de que a condição da ciência não está no acerto, mas no erro, passou-se a exercer e a viver a *Interdisciplinaridade* das mais inusitadas formas." Isto nos remete a questão de como a *Interdisciplinaridade* foi sendo conduzida pelos diversos autores que a estudaram, cuja integração de várias ciências não garantam a sua perfeita execução. E assim, a Interdisciplinaridade surge como possibilidade de enriquecer e ultrapassar a interação dos elementos do conhecimento.

Tomando por base a experiência de Silveira (1986) numa unidade de pediatria, podemos levantar algumas questões e sugestões para se trabalhar em uma equipe Interdisciplinar. Segundo a autora, os membros de uma equipe que pretendem trabalhar no âmbito da Interdisciplinaridade, devem estar conscientes de seus limites, como também das oportunidades mais viáveis e rápidas para se chegar a *Interdisciplinaridade*. Vale salientar, que o diálogo na equipe é de grande importância, porque, sem que ele aconteça, não será possível a integração das disciplinas para a cooperação e colaboração.

Não se trata de um diálogo baseado pura e simplesmente em troca de informações, mas de um processo mais profundo, onde haja mais espaço para reflexão do que está sendo tratado, e assim conseqüentemente haverá a interconexão de idéias e pontos de vista, permitindo melhor compreensão sobre o caso em questão"(Idem, p.43).

Desse modo, podemos perceber que é de suma importância que aconteça entre os membros da equipe uma verdadeira

comunicação e cooperação, sendo estes um dos maiores problemas identificados para que haja um enriquecimento e amadurecimento da equipe como um todo.

E é por isso que Silveira (1986, p.38) salienta:

Quando os membros de uma equipe se propõem a desenvolver um trabalho Interdisciplinar, devem estar conscientes de que não poderão limitar-se às fronteiras de sua disciplina, mas que ao contrário deverão transpor a idéia de que são donos do saber de uma determinada ciência, introduzindo a sua disciplina, conhecimentos e procedimentos de outras necessárias para seu enriquecimento, bom andamento do trabalho e conseqüentemente para o sucesso interdisciplinar.

Para a autora, na área da saúde, mais precisamente no trabalho em equipe, os profissionais voltam-se para o ser humano em todos os sentidos. No entanto é impossível conhecê-lo se não tivermos os conhecimentos articulados que cada disciplina nos fornece sobre ele.

Por estar se falando em equipes, convém aqui fazer um breve parênteses referente a este tema para que possamos ter um maior entendimento sobre o processo que envolve a Interdisciplinaridade.

No entanto é preciso também falar sobre alguns assuntos a respeito de grupo já que este se assemelha com algumas características de equipes, o que muitas vezes causa certa confusão a respeito destes conceitos.



## 1.4 DEFININDO GRUPOS

Muito tem se falado à respeito de grupo e equipe, visto que atualmente, há uma ênfase nesses assuntos, devido ao momento de transitoriedade e competitividade acirrada seja nas empresas, organizações, instituições, entre outros, na busca de uma melhor qualidade nos seus serviços.

Segundo Lapassade (1977), um grupo é formado por um conjunto de pessoas que se relacionam entre si e por leis que permitem um funcionamento interno. Estas leis são constituídas com base nos seguintes princípios: finalidade ou objetivo comum; conjunto de regras; tarefas concretas comuns; sistema de participação e comunicação e sistema de direção ou animação do grupo.

Já Lewin (1948), diz que grupo pode ser compreendido como um todo dinâmico, algo maior que a soma de seus membros. Isto implica que qualquer mudança, em um membro do grupo, poderá modificar a essência do mesmo. Vale lembrar, segundo o autor, que a essência de um grupo não está na semelhança ou diferença de seus membros mas na sua interdependência.

Para Pichon Rivière (apud Menegasso, 2001, p.44), grupo pode ser considerado:

como um conjunto de pessoas que, ligadas por constantes de tempo e espaço, e articuladas por uma mútua representação interna, se propõe, de forma explícita ou implícita, a realização de uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo para isso através de complexos mecanismos de adjudicação e assunção de papéis.

Podemos perceber, de acordo com a citação acima, que aqui o autor está falando de grupo como um conjunto de pessoas movidas

por necessidades semelhantes em razão de tarefas específicas. No entanto, se olharmos a definição de grupo a partir do ponto de vista organizacional, veremos que as atividades do grupo serão idênticas à missão básica da organização. Segundo Schein (apud Martins, 2000, p.26), algumas dessas funções são:

- a) um grupo pode ser um meio de trabalhar numa tarefa complexa e interdependente;
- b) um grupo pode ser um meio de produzir novas idéias ou soluções criativas;
- c) um grupo pode desempenhar decisivas funções de ligações e coordenação;
- d) um grupo pode ser um mecanismo de solução de problemas;
- e) um grupo pode ser usado para facilitar a implementação de decisões;
- f) um grupo pode ser usado como vínculo de socialização ou treinamento.

Com base em Machado (1993), as relações entre os seres humanos formam uma cadeia de relações, ou seja, um indivíduo liga-se a outro indivíduo, e por sua vez este indivíduo liga-se a um grupo, e este grupo relaciona-se com outros grupos.

Entretanto, não devemos deixar de levar em conta um fator determinante quando se trata de grupos. Apesar de o homem ter uma natureza social, ele é único, possui idéias próprias e pode, em determinado momento, divergir dos demais membros do grupo. Sendo assim, as divergências poderão criar barreiras de relacionamento dentro do grupo como também propiciar um crescimento pessoal na medida em que ocorrem trocas de experiências.

Desse modo, apesar de cada ser humano ser único, a vivência em grupo é socialmente inevitável, pois segundo Machado (1993, p.29).

É no contexto recíproco, entre os homens, que este desenvolve seu potencial e ocorre a quebra de rotinas, a

descoberta de novos interesses, a formação de novas amizades e a diminuição de atrito com os familiares. Isto quer dizer que a convivência em grupo proporciona modificações positivas no ser humano.

Podemos perceber desse modo, dentro deste contexto, que um grupo deve ser entendido como um meio de transformação enriquecedora para seus membros e, por isso, podemos dizer que o trabalho com grupos é importante quando se tem o objetivo de promover o ser humano.

Sendo assim, torna-se extremamente importante, que as pessoas inseridas no trabalho em grupo, possam falar abertamente sobre assuntos polêmicos, refletir sobre os eventos que acontecem e porquê acontecem de tal forma, ter liberdade para o planejamento, entre outros.

De acordo com Mônaco (2001, pg.67)

Os grupos são formados para criar sinergia, solução de problemas, coordenação de atividades e consecução de tarefas, aumentar a aplicação coordenada de conhecimento especializado, mas principalmente, para fazer com que o desempenho do todo seja maior que a simples soma de suas partes.

Sendo assim, concordamos novamente com Mônaco (Idem, p.72), quando este diz que:

Um grupo é um agregado de pessoas que querem continuar juntas por algum motivo especial. Neste caso, a coesão do grupo é mantida devido a possibilidade de proporcionar recompensas materiais aos indivíduos ou a coesão do grupo é mantida em torno de idéias e crenças que atraem os membros.

Levando em conta a quantidade de estudos e pesquisas realizadas sobre este assunto, percebe-se que não existe uma definição única quando se fala de grupos, contudo, não existe uma

definição de grupo que seja aceito por todos, mas certamente há muitos pontos e aspectos em comum nestas definições. Portanto, é certo que a coesão dentro de um grupo proporcionará um melhor relacionamento entre seus membros, e isto fará com que eles aceitem uns aos outros ocasionando numa maior interação entre eles.

Por fim, à partir de várias definições de grupo apontadas por diversos autores, conclui-se com as definições de Martins (2000, p.29) à respeito do assunto:

Entende-se por grupo, portanto, o conjunto de pessoas interdependentes, com propósitos claros e comuns, que apresentam regras e tarefas definidas e têm consciência dos papéis exercidos nesse meio. Este é o conceito do qual se poderá ter uma referência em relação à transformação para equipe.

## 1.5 DEFININDO EQUIPES

Segundo Silva (2000), o desempenho em um grupo, é fruto de um trabalho individual cujo foco esta voltado para atribuições de cargos e responsabilidades individuais. Já as equipes, seu diferencial esta em que o desempenho tende a ser superior ao obtido pela soma dos melhores talentos individuais de um grupo, porque os resultados advém tanto do trabalho individual quanto do trabalho em conjunto.

Menegasso (2000, p.50) diz que “equipe é um grupo de pessoas, pequeno ou médio que trabalha em estreita união, a fim de gerarem um produto comum”. Para a autora, uma equipe difere de um grupo no momento em que este se reúne para dividir e realizar o trabalho individualmente. Já nas equipes, as pessoas criam e aprendem em conjunto.

Segundo Mussunug & Hugney (apud Menegasso, 2000) podemos entender equipe como um grupo de pessoas que trabalham para atingir um objetivo, interagindo para compartilharem informações sobre os melhores procedimentos ou práticas para que as decisões estimulem seus membros a utilizarem toda sua capacidade de ação.

Atualmente, tem-se percebido uma grande ênfase neste assunto. Isto decorre do fato de que as organizações têm se estruturado para competir buscando uma maior eficiência e eficácia, e desse modo as equipes são vistas como forma de utilizar o talento de seus funcionários visto que estas possuem uma capacidade para rápida formação, deslocamento, mudança de objetivo e dissolução.

Parker (apud Menegasso, 2000) alega que quando os membros de uma equipe desejam alcançar alguma meta, estes chegam a um consenso de que a única maneira de alcançá-lo é trabalhando em conjunto.

Desse modo, para que uma equipe seja verdadeiramente eficaz é necessário um real envolvimento de todos os membros, pois na troca de conhecimento, sentimentos e emoções, o crescimento e a maturidade da equipe serão percebidos por todos.

Para Menegasso (2000, p.25)

O desempenho adequado de uma equipe requer a interação, o diálogo e o compromisso. Assim, os atributos de uma equipe, ou seja, suas características qualitativas e quantitativas podem ser resumidas nos seguintes elementos: propósito comum, metas de desempenho, conhecimentos complementares, abordagem de trabalho, responsabilidade compartilhada e tamanho.

Sendo assim, podemos dizer que uma equipe é um grupo de pessoas que atuam juntas de maneira integrada na busca de um resultado pretendido cujo objetivo comum é uma ação conjunta.

Precisamos enfatizar que a capacidade de trabalhar em equipe não é conseguida automaticamente, mas é uma qualidade que precisa ser desenvolvida como uma propriedade coletiva, visto que este processo envolve personalidades pessoais distintas.

Desse modo, Mônaco (2001, p.57) diz que:

O trabalho em equipe é a união de esforços em torno de objetivos comuns, tentando evitar a adoção de respostas automáticas para os problemas cotidianos. Muito mais que isso, é fundamental saber ouvir as opiniões diferentes, aceitar a diversidade e a participação das pessoas na busca de soluções inovadoras e criativas para os problemas organizacionais, bem como para a qualidade de vida das pessoas.

Partindo desse pressuposto, acreditamos que o trabalho em equipe é uma forma de melhorar o rendimento das ações a serem realizadas pelo grupo, ao contrário da divisão excessiva do trabalho e fragmentação de tarefas; e a partir disso melhorar o ambiente de trabalho através de cooperação, companheirismo, etc, entre seus membros.

Aqui, podemos identificar um elemento importante que dará suporte e estrutura para o sucesso de uma equipe: a coesão. Segundo Mônaco (2001), a coesão é um identificador de influência que o grupo tem de seus membros, porque esta representa a solidariedade e companheirismo entre as pessoas.

As equipes podem apresentar diversas características podendo ser classificadas das mais variadas formas. Para Menegasso (2000) as equipes podem ser classificadas quanto à:

- *Duração*
- *Natureza*
- *Tamanho*
- *Classificação*

Quanto a *Duração* das equipes estas podem ser divididas em permanentes e temporárias. As equipes permanentes possuem duração indeterminada, e as pessoas trabalham juntas no dia a dia em atividades operacionais da organização onde são vistas como unidades básicas do trabalho da estrutura organizacional. Podemos exemplifica-las como equipes de atendimento ao cliente, de fabricação de produtos entre outros.

Já as equipes temporárias, são comumente utilizadas para cumprir determinadas tarefas como a elaboração de projetos. Possuem início, e fim pré-determinados, ou melhor, duração definitiva, ligada diretamente às tarefas que executam. Equipes de auditoria, consultoria e treinamento são, geralmente, exemplos de equipes temporárias.

Quanto a *Natureza* das equipes, esta está atrelada à atividade principal que as mesmas desenvolvem. Podem configurar-se em três tipos distintos: operação, projetos e coordenação.

Referente ao *Tamanho* de uma equipe ou ao número de integrantes que esta comporta, geralmente, este número varia entre

dois a 25 participantes, sendo que este número é bastante significativo, pois grandes grupos dificilmente interagem de forma construtiva e tendem a trancar a comunicação interna, morosidade para a tomada de decisões, entre outros. Por isso, à medida que o número de integrantes aumenta, a produtividade, a participação e a confiança tendem a diminuir (Menegasso, 2000).

Tem-se a ilusão de que quanto maior for o número de integrantes, ou melhor, quanto mais cabeças a pensar, melhor será o desempenho. No entanto, nem todas as pessoas contribuem com idéias, e assim as oportunidades ficam reduzidas. Além disso, quanto maior for esse número menor a responsabilidade e a confiança de cada participante.

Entretanto, nas equipes menores os participantes possuem um maior grau de liberdade, número de oportunidades, maior volume de idéias e mais confiança na medida em que sentem-se mais seguros uns com os outros e mais dispostos para fazerem um *feedback* franco e honesto.

Quanto à *Classificação* das equipes, estas estão ligadas diretamente ao objetivo que se pretende atingir, em função da sua dinâmica de funcionamento ou ainda à algum atributo referente aos participantes.

Para Martins (2000), as equipes podem ser classificadas de acordo com três dimensões: quanto ao propósito, vigência e titularidade.



No que se refere ao propósito ou meta a equipe poderá organizar-se para atuar em alguns assuntos previamente definidos como desenvolver produtos e sistemas, melhorar a qualidade ou para solucionar alguns problemas específicos.

À respeito da sua vigência, esta poderá ser classificada como equipe permanente ou temporária.

E por fim, relacionada a titularidade, as equipes poderão apresentar-se como *funcional*, *interfuncional* ou *autogerenciável*.

A equipe *funcional* é composta pelo chefe e seus subordinados diretos. Aqui as pessoas sabem à quem se dirigir e os papéis estão bem definidos.

Já a equipe *Interfuncional* pode também ser chamada de equipe Multidisciplinar ou Interdisciplinar. Este tipo combina um conjunto de habilidades que seria difícil encontrar apenas em um indivíduo isolado. Há um encontro de habilidades de diversos ramos de atividades que desempenham amplas funções e que se completam.

No que diz respeito à equipe *autogerenciável* esta é composta por pessoas que são responsáveis pela execução, além disso, gerenciam a si próprios.

Sendo assim, vale lembrar, de acordo com vários autores, todas as equipes são formas de grupos, entretanto, nem todo grupo constitui uma equipe. Desse modo, podemos dizer que a palavra equipe é comumente usada para designar grupo de pessoas que

trabalham juntas numa perspectiva mais integrada e profunda, já os grupos, são constituídos por um conjunto de pessoas que convivem fisicamente, estão organizados e têm os mesmos objetivos.

Portanto, entre outras definições de equipe, que não cabe aqui definir e especificar, acreditamos que a discussão dessa temática venha a preparar as pessoas com habilidades que as possibilite participar de uma equipe, qual seja a sua classificação, como também atuar em equipes onde quer que ela esteja, e acima de tudo, pretende-se dar suporte teórico para confrontar a experiência de equipe Interdisciplinar com as referências teóricas discutidas.

Sendo assim, a partir dessa exposição, pretendemos no próximo capítulo fazer uma análise levando em conta a nossa experiência no Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição.

## **CAPÍTULO 2- UM BREVE HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE II DA LAGOA DA CONCEIÇÃO**

A partir da experiência oportunizada pelo estágio no Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição, tivemos a curiosidade de resgatar dados históricos sobre esta Instituição. Além de situar melhor o leitor, ficamos instigadas quanto ao motivo dessas informações não estarem disponíveis em fonte alguma, logo, tornou-se dificultoso o andamento deste trabalho.

Tendo a clareza de que um bom estudo deve ter sempre como ponto de partida a contextualização do objeto estudado, é que nos empenhamos em recuperar esses dados, tendo como única possibilidade a entrevista realizada no dia 24 de agosto de 2002 com Dona Laura, a primeira enfermeira que, como ninguém, acompanhou toda a sua trajetória até os dias atuais e que orgulhosamente contou-a detalhadamente.

Dona Laura da Cunha Augusto, nascida em 7 de julho 1936, começou a desempenhar atividades ligadas à área da saúde quando tinha 17 anos de idade, exatamente no ano de 1953.

Devido a problemas de saúde de seu pai, José Félix da Cunha, o qual necessitava de cuidados específicos, como a aplicação de injeções, e principalmente, por vontade própria de aprender a cuidar e prestar assistência às pessoas doentes, foi que Dona Laura deu início a tão sonhada profissão de auxiliar de enfermagem.

Naquela época poucas pessoas desempenhavam o ofício de “enfermeiro”. Um senhor chamado Reduzino, policial, era quem fazia o atendimento às famílias.

Doutor Fausto Brasil, médico de José Félix da Cunha, em um de seus atendimentos, ficou sabendo da imensa vontade de Dona Laura em aplicar as injeções em seu pai. Foi então que o médico autorizou-a a realizar tal procedimento, pois a mesma já havia observado o senhor Reduzino fazer as aplicações. Doutor Fausto ficou encantado com as habilidades de Dona Laura e, a partir desse momento, começou a divulgar em seus atendimentos tais competências.

Desse modo, Dona Laura passou a atender as pessoas em suas casas. Porém, estes atendimentos não tinham nenhum vínculo com a prefeitura. Era o simples prazer de servir o outro:

Eu gostei muito de atender o meu povo. Hoje em dia eu vou lá e sinto uma saudade de atender o meu povo. Foi a minha maior alegria! (Entrevista com Dona Laura, dia 24/08/02)

Nas visitas domiciliares, Dona Laura realizava procedimentos como: curativos, injeções e outros serviços de enfermagem.

Em uma época de eleição seu Frederico Veras, candidato, sugeriu que deveria haver alguém contratado na comunidade para realizar tais atividades. Houve então a sugestão por parte do senhor Reduzino para que Dona Laura ocupasse o cargo. Seu Frederico cadastrou-a na prefeitura para atender nas casas, atividade esta que durou aproximadamente 1 ano.

Em 8 de abril de 1958, Dona Laura juntamente com Dona Áurea (enfermeira, contratada na mesma época), foram chamadas a atender em uma salinha onde hoje é o prédio da Escola Básica Municipal Henrique Veras. As duas trabalharam por algum tempo juntas e mantinham um ótimo relacionamento.

Para o funcionamento do posto a Prefeitura enviava todo o vestuário branco para elas e alguns remédios, o qual cuidadosamente elas organizavam nas prateleiras, cuidando sempre de seu estado de conservação e validade.

Naquele tempo as pessoas eram muito pobres e não tinha dinheiro para comprar remédios, então eu ajudava doando esse medicamentos, que vinha da prefeitura. Nessa mesma época as injeções não era descartável, tinha que ser fervida para esterilizá-la. (Idem, 24/08/02)

A partir daí as duas funcionárias, que também eram comadres, foram aperfeiçoando-se no ramo como bem coloca Dona Laura:

Fizemos vários cursos e fui aposentada como atendente de enfermagem. Fomos até na sala de mortos da Universidade. (Idem, 24/08/02)

Além do Posto de Saúde da Lagoa, Dona Laura e Dona Áurea atendiam também na Costa da Lagoa (em uma casinha pequena) e também na Barra da Lagoa.

Eu ia a pé lá na Costa, mas às vezes as mães vinha da Costa com as crianças para ser atendida e os médicos até passavam do horário, porque eu tinha dó. Eles não tinham outro socorro. Na Lagoa atendia toda a redondeza do Canto e do Retiro também. (Idem, 24/08/02)

O primeiro médico a atender no Posto da Lagoa foi o Doutor Bahia, em seguida o Dr Ernesto Damerai, Dr Célio Gama Salles, Dr Geraldo Vieira, Dr Lúcio Botelho, Dr. Pedro Schmitt e os demais que atuaram e atuam atualmente.

Depois de algum tempo atendendo na salinha, o posto teve finalmente seu espaço com um gabinete para o dentista, a farmácia, a sala de espera do médico e do dentista, a sala do médico e do curativo.

Dona Laura e Dona Áurea eram responsáveis pelo agendamento e atendimento de todos os serviços, realizando o preenchimento dos formulários, pesando as crianças, verificando a pressão arterial dos idosos. Essas funcionárias eram verdadeiras heroínas pois, além de tudo, ainda realizavam o serviço de limpeza e conservação do posto.

Diariamente, eram atendidos aproximadamente 50 pacientes. A humildade de Dona Laura demonstra o tipo de profissional comprometido com o atendimento e principalmente com o bem estar da comunidade.

Eu fazia atendimento nas casas quando as pessoas não podiam ir no posto. Antigamente, o assoalho do posto era de madeira e eu escovava com escovão. As roupas do posto eu trazia para casa, lavava, fervia no fogo à lenha e depois passava o ferro para levar para o posto. A Dona Áurea não agüentava, dava crise, se esgotou (Idem, 24/08/02).

E foi dessa forma que Dona Áurea, depois de muito trabalhar, aposentou-se deixando todos os serviços que compartilhavam sob a responsabilidade de sua comadre – Dona Laura.

Esse foi um dos momentos mais difíceis enfrentados por Dona Laura pois, além de assumir as atividades do posto, ainda tinha que realizar serviços domésticos em casa e cuidar de seus 17 filhos. Ela acordava às 4:00 horas da manhã. Tinha que chegar cedo no posto para que, quando o dentista chegasse, os aparelhos estivessem esterilizados, prontos para iniciar os atendimentos aos pacientes.

Eu não tinha horário de vir embora pra casa almoçar, ficava lá atendendo. As pessoas diziam: 'más tu ganhas tão pouco!' 'E eu dizia': 'não importa'. O que importa é que eu fiz com prazer. (Idem, 24/08/02)

Quando tinha que fazer atendimentos fora do posto, Dona Laura deixava um recado na porta e depois voltava.

Como o posto atendia uma clientela de baixa renda, a prefeitura enviava sacos de leite e cestas básicas para as famílias. Para isso as famílias carentes precisavam fazer um cadastro no posto com Dona Laura.

Algum tempo depois, vieram os acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina que, mesmo tendo acesso aos conhecimentos de saúde, eram orientados em algumas situações por Dona Laura, como por exemplo, na indicação de medicamentos oferecidos na farmácia. Esses medicamentos eram reconhecidos por suas fórmulas definidos por números. Dona Laura orgulha-se em dizer que por intermédio dela, os acadêmicos acabaram por compreender o formulário que orientava quanto à indicação das fórmulas.

Posteriormente, foi contratada uma outra pessoa para ajudar Dona Laura nos serviços: Bernadete. Como Dona Laura, ela não tinha conhecimentos científicos em relação à saúde, mas com a colaboração de sua colega de trabalho tornou-se também uma atendente eficiente.

Quando era as minhas férias, eu não podia pegar porque a Bete era nova e não sabia muita coisa e então eu não tinha como deixar a Bete sozinha (Idem, 24/08/02).

Em 1988, após 35 anos desempenhando a profissão, Dona Laura se aposenta deixando saudades no grupo de trabalho. Segundo ela, era muito querida pelos médicos.

Foi então no dia 23 de março ano de 1998 que o Posto de Saúde da Lagoa da Conceição ganhou um novo prédio, mais amplo e moderno, sendo agora denominado Centro de Saúde II. Com a ampliação, o espaço ganha uma "nova equipe" com melhor qualidade nos atendimentos, sofrendo com isso várias mudanças em sua organização. Foi neste espaço físico que realizamos nossa intervenção enquanto estagiária de Serviço Social experiência que descrevo neste trabalho, no próximo capítulo.



### **3 A ORGANIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE II DA LAGOA DA CONCEIÇÃO E SUA EQUIPE.**

O Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição situa-se na Rua João Pacheco da Costa nº 225, Lagoa da Conceição/ Florianópolis. Está amparado pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde, cujo gestor é Manoel Américo de Barros Filho. Seguindo essa hierarquia está o Departamento de Saúde sob a responsabilidade de Margarete Mendes. Subordinado ao referido Departamento fica a regional à qual pertence a Lagoa da Conceição (região Leste da Ilha).

O Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição funciona em três turnos (manhã, tarde e noite). Seus horários de funcionamento são: 07:00 às 12:00, 13:00 às 18:00, 18:00 às 22:00 horas, por isso possui três equipes de trabalho.

Com 30.000 habitantes e 2700 famílias cadastradas, a localidade está dividida em três (3) grandes áreas (460, 470 e 471) e está subdividida em dezessete (17) micro-áreas.

A área 470 está subdividida em 10 micro-áreas; a área 471 subdividida em 5 micro-áreas e a área 460 subdividida em 2 micro-áreas.

É importante lembrar que as áreas 470 e 471 compreendem 15 micro-áreas e estão situadas na Lagoa da Conceição, enquanto que a área 460 pertence à Costa da Lagoa e está dividida em 2 micro-áreas.

Para efetivação de todas as suas atividades e atendimentos, o Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição, conta com um corpo de aproximadamente 34 funcionários dispostos nas seguintes ocupações:

- 03 médicos (um para cada turno)
- 01 nutricionista (somente no período da manhã)
- 01 dentista (somente no período da tarde)
- 03 enfermeiros (um para cada período)
- 01 auxiliar de serviços gerais (período da manhã e tarde)
- 06 auxiliares de enfermagem (divididos nos três turnos)
- 01 auxiliar de dentista
- 16 agentes comunitários de Saúde.
- 2 escrivães

Este Centro de saúde está inserido em dois importantes programas: o Docente Assistencial, e o Programa de Saúde da Família - PSF.

O Programa Docente Assistencial visa a abertura de espaço para estágios de cursos de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Participam do programa na unidade, os cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia e, recentemente, desde fevereiro de 2001, o Serviço Social.

É importante ressaltar, que este Centro de Saúde conta somente com uma equipe do Programa de Saúde da Família, da qual, veremos a seguir, alguns conceitos à respeito deste Modelo de Saúde da Família.

### 3.1 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família -PSF- foi concebido pelo governo federal em 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital.

No Programa de Saúde da Família, a atenção fica centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que vai além de práticas curativas, enfatizando a promoção da saúde. Assim, o indivíduo passa a ser reconhecido como um membro de uma família e um cidadão da comunidade.

Sendo assim, de acordo com Ceretta e Vieira (1999), a família passa a ser entendida a partir do espaço em que vive constituindo-se no verdadeiro objetivo da atenção deste novo modelo, e trazendo a dimensão mais real do contexto social e histórico. O Espaço do domicílio deve ser entendido como espaço das relações intra e extra familiares, onde ocorrem as lutas pela conquista da sobrevivência, pela reprodução e melhoria das condições de vida. Em última análise, é um espaço vital que tem como pano de fundo os conflitos do processo saúde/doença, de renda, do saneamento, das moradias, da alimentação adequada, enfim dos direitos sociais, ampliando-se cada vez mais sobre novos cenários, alargando também a compreensão das relações entre saúde e doença.

Ainda segundo Ceretta e Vieira (1999, p.216),

vez mais sobre novos cenários, alargando também a compreensão das relações entre saúde e doença.

Ainda segundo Ceretta e Vieira (1999, p.216),

A proposta do modelo voltado para a família pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e que expressa a qualidade de vida; a eleição da família e de seu espaço social como modelo básico de abordagem no atendimento à saúde, a descentralização do conhecimento do processo saúde – doença da organização dos serviços e da produção da saúde; a intervenção dos fatores de risco aos quais a população está exposta; a prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adstrita, no domicílio, ambulatorio e hospital, a humanização das práticas de saúde e a busca da satisfação do usuário através do estrito relacionamento da equipe de saúde com a comunidade, o estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social e o estabelecimento de parcerias buscando desenvolver ações intersetoriais.

Para o Ministério da Saúde (2000) algumas diretrizes operacionais são necessárias para a implantação do PSF, e estas diretrizes devem adequar-se à realidade de cada local.

Podemos elencá-las da seguinte forma:

*Descrição de clientela* – este item está ligado à delimitação da área geográfica de abrangência, e cada equipe deverá responsabilizar-se por aproximadamente 800 famílias. A equipe deverá levar em conta características próprias de cada área, considerando, por exemplo, características sociais, políticas e econômicas, condições de vida, densidade populacional, acesso aos serviços de saúde, entre outros.

*Planejamento local* – é importante para identificação das necessidades de determinada população. Este acontecerá mediante

análise da situação de saúde e seus determinantes. O PSF parte do pressuposto de que os planejadores devem conhecer a realidade sobre a qual estão planejando, sendo que suas ações devem ir ao encontro da população a ser atendida respeitando suas peculiaridades locais.

*Interdisciplinaridade* – visa um atendimento realizado por uma equipe que trabalha com uma lógica de complexidade crescente, buscando a integralidade da atenção, enfatizando as ações preventivas, trabalhando em parceria com a comunidade e também respeitando a necessidade do atendimento curativo. O médico deixa de ser a figura central; tão normal nos modelos tradicionais; passando a ter o mesmo respeito que todos os integrantes da equipe.

*Intersetorialidade* – aqui se enfatiza a integração do PSF com os setores do poder público diretamente envolvidos no processo das políticas sociais.

*Complementaridade* – o PSF deverá estar em constante ligação com os níveis secundário e terciário de atenção à saúde, visando uma estruturação das suas ações e de seus serviços na intenção de complementar as ações de saúde coletiva e a atenção médica individual.

*Educação continuada* – o profissional do PSF deve estar em um constante processo de formação e informação, pois este é um espaço para discussões onde se desenvolve o sentimento de trabalho em grupo, fundamental para a execução dos objetivos do PSF. As ações educativas devem estar voltadas às necessidades das equipes

e às peculiaridades locais, utilizando-se para isto instituições locais, regionais e outras referências.

*Participação social* – visa à participação da população x comunidade nos serviços de saúde através dos conselhos, presentes nas três esferas de governo, promovendo o surgimento de novos atores sociais.

De acordo com Ministério da Saúde (1994) a equipe do PSF deve ser composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e de 04 a 06 agentes comunitários de saúde, devendo estes profissionais residir no município onde atuam, e os agentes comunitários de saúde, na própria comunidade onde trabalham. Também, além destes requisitos, estes profissionais devem possuir um perfil voltado para a criatividade e iniciativa, identificando-se com trabalhos comunitários e de grupos.

Percebe-se desse modo, que o modelo do PSF busca a qualidade de vida da população e os equilíbrios sociais, fatores estes que contribuirão para uma produção social de saúde. Sendo assim, o PSF baseia-se na lógica de produzir saúde através de ações intersetoriais, que articulam estratégias de intervenção tanto na promoção da saúde e da prevenção, quanto na cura de doenças.

Quanto às categorias profissionais inseridas no programa, compete a cada profissional:

- *Médico*: atender todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade; desenvolver com os demais integrantes da equipe ações

preventivas e de promoção para a qualidade de vida da população;

- *Enfermeiro e auxiliar de enfermagem*: participar das ações de assistência básica e de orientação sanitária e supervisionar o trabalho dos ACS;
- *Agente Comunitário de Saúde*: fazer a ligação entre as famílias e o serviço de saúde visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realizar o mapeamento de cada área; fazer o cadastro das famílias e estimular a comunidade às práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Porém, para que o trabalho de cada profissional atinja a qualidade desejada é essencial:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os principais problemas de saúde e situação de risco aos quais a população que ela atende está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;

- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

Sendo assim, de acordo com Ceretta e Vieira (1999), o PSF deve ser entendido como uma estratégia na busca de viabilizar o Sistema Único de Saúde e deve ser distinto dos programas tradicionais que configuram-se, na maioria das vezes, em ações paralelas à lógica do SUS.

O PSF, no Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição, é considerado "modelo" segundo a Secretaria Municipal de Saúde, cujo programa foi implantado no ano de 1999. Este programa passa a ser uma estratégia para a viabilização do Sistema Único de Saúde, contrapondo-se ao modelo tradicional, conforme já falamos.

A equipe do PSF do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 17 agentes comunitários de saúde - ACS.

De acordo com o Ministério da Saúde, cada equipe do Programa de Saúde da Família deverá atender de 600 à mil famílias,



aproximadamente, 3500 pessoas. Com relação à equipe do PSF do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição, esta atende em torno de 2700 famílias, o que equivale à aproximadamente 8000 pessoas.

Considerando que a sua demanda está acima da sua capacidade de atendimento, esta Unidade de Saúde deveria possuir três equipes de PSF, já que a sua área de atuação está dividida em três áreas, conforme já mencionamos, para poder realizar um atendimento de boa qualidade e não sobrecarregar sua equipe. Vasconcelos enfatiza, (1997, p.35) “ Não podemos deixar que este momento tão importante da relação com a população se transforme em algo massificante, rotineiro, impessoal e sem eficiência técnica”.

Embora o Assistente Social não esteja ainda integrado ao Programa de Saúde da Família – PFS, sabemos que a inclusão deste profissional foi aprovada, conforme já falamos, pela Conferência Nacional de Saúde para fazer parte do quadro de profissionais da área da saúde.

### 3.2 A PRÁTICA E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE DO CENTRO DE SAÚDE II DA LAGOA DA CONCEIÇÃO

Tendo em vista que a inclusão do Assistente Social em programas da área da saúde foi aprovada na conferência Nacional de Saúde, hoje têm-se toda uma discussão para que este profissional integre de fato esta equipe.

Entendemos que a sua atuação deve estar atrelada a uma ação Interdisciplinar, levando em conta a proposta que está em

construção no Posto de Saúde da Lagoa, a estratégia de saúde da família, que insere o Assistente Social neste espaço passando pela construção da Interdisciplinaridade, mesmo que este ainda não seja considerado membro oficial da equipe.

O Serviço Social no Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição iniciou suas atividades em fevereiro de 2001, com a participação da Assistente Social Magda Duarte dos Anjos Scherer, que veio transferida da Secretaria Estadual de Saúde, e da estagiária de Serviço Social da 4ª fase, Keli Regina Dal Prá, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Este espaço de atuação do Serviço Social foi oportunizado via Departamento do Serviço Social da referida Universidade e pelo Programa Docente Assistencial, que visa a abertura de espaço para estágios de cursos de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, no momento em que este estava passando por um processo de reavaliação e estruturação.

O Serviço Social inicialmente fez uma análise das fichas de produção ambulatorial – RAI- com o objetivo de conhecer o que estava sendo realizado nesta Unidade de Saúde, tendo em vista que a Secretaria de Saúde não repassava dados produzido dessa natureza.

Após a realização deste estudo, o mesmo foi apresentado em uma reunião mensal de planejamento da equipe com a intenção de informar o que estava sendo realizado, como também, subsidiar o planejamento das atividades da mesma.

Uma outra ação desenvolvida pelo Serviço Social, foi a análise da declaração dos nascidos vivos e do número de gestantes, produzidos pela Secretaria de Municipal de Saúde, com o objetivo de avaliar a qualidade do acompanhamento de Pré - Natal prestado por este Centro de Saúde

Além disso, a Assistente Social Magda começou também a fazer uma reorganização do Processo de Planejamento da equipe, ou melhor das reuniões mensais de planejamento e das atividades de grupo, como o grupo de gestantes e o grupo de diabéticos e hipertensos.

A idéia era de que o Planejamento da equipe fosse um eixo para a reorganização dos serviços prestados à comunidade, bem como das atividades desenvolvidas neste espaço. Pretendia-se com isso oportunizar e incentivar todos os integrantes da equipe a participarem da reunião, como também, fazer com que os assuntos discutidos fossem de interesse coletivo. Segundo Vasconcelos (1997, p.62), "estas reuniões periódicas da equipe são fundamentais no amadurecimento dos membros e no aperfeiçoamento das propostas de trabalho do Centro de Saúde".

Sendo assim, ainda no decorrer deste trabalho, explicitaremos melhor, como estas atividades foram se desenvolvendo com base nos relatos das experiências das duas estagiárias que interviam neste espaço.

As atividades realizadas pela primeira estagiária de Serviço Social da 4ª fase compreenderam três ações de observações distintas<sup>3</sup>:

- acompanhamento/observação das reuniões mensais de planejamento da equipe de saúde do CS-II, composta pelos seguintes profissionais: médicos, nutricionista, dentista, enfermeiros, auxiliar de serviços gerais, auxiliares de enfermagem, auxiliar de dentistas, agentes comunitários de Saúde, escrivães, estagiários de medicina, enfermagem, Serviço Social e farmácia.
- acompanhamento/observação das visitas domiciliares realizadas pela equipe da unidade, do Programa de Saúde da Família – PSF;
- observação da recepção da unidade.

Tais atividades tiveram o objetivo de contribuir para a inserção do Curso de Serviço Social da UFSC no Programa Docente Assistencial.

No que se refere ao **acompanhamento/observação das reuniões mensais de planejamento da equipe de saúde do CS-II**, estas acontecem mensalmente na Sociedade Amigos da Lagoa, toda última quarta-feira do mês, contando com a participação de toda a equipe de saúde da unidade.

---

<sup>3</sup> A descrição das atividades iniciais realizadas pelo Serviço Social foram extraídas do relatório de estágio da acadêmica Keli Regina Dal Pra.

Podemos perceber que a maior dificuldade encontrada pela equipe nestas reuniões era o encaminhamento e planejamento das ações a serem discutidas, porque as mesmas eram encaminhadas de forma "solta", ou seja, sem uma pessoa responsável que coordenasse as falas e os encaminhamentos proposto no encontro. A equipe também não definia previamente os assuntos da pauta a serem discutidos, além de não haver uma pessoa responsável pelo registro dos encaminhamentos e propostas levantadas na reunião.

A partir desta constatação, a Assistente Social Magda Scherer e a estagiária de Serviço Social Keli Regina Dal Prá, sugeriram uma proposta de mudança para as reuniões mensais de planejamento, a qual foi apresentada e aprovada pela equipe de saúde na reunião do dia 25 de abril de 2001.

A proposta consistiu na organização de uma equipe composta de três pessoas que são responsáveis por conduzir cada reunião mensal. Esta tem agora um coordenador que organiza as falas e sistematiza os encaminhamentos; um cronometrista que controla o tempo da fala de cada participante para que a reunião não perca seu objetivo e não se estenda, demasiadamente, dando oportunidade à todos para falar, e por último, um secretário que tem a função de relatar os principais encaminhamentos da reunião e, posteriormente, registrá-los em ata. Vale lembrar que esta equipe é composta por diferentes categorias profissionais para que haja a escolha de pontos de pauta que contemplem os interesses de toda a equipe, evitando que a discussão se concentre nos interesses de uma só área.

A escolha da pauta da reunião é outro ponto importante. A assistente social Magda e a estagiária de Serviço Social Keli, desenvolveram um formulário de sugestão de pauta para ser distribuído a cada participante da reunião, onde cada um escreve suas sugestões e questões importantes a serem discutidas por toda a equipe na reunião de planejamento. Após o recolhimento dos formulários de sugestão de pauta, reúne-se a equipe que coordenará a reunião para a definição da pauta.

Desse modo, após terem sido elencadas todas as sugestões da pauta, sugeridas por cada participante da reunião, a equipe passa a selecionar os pontos que serão discutidos na reunião a partir dos seguintes critérios:

- gravidade da questão sugerida;
- urgência em discutir a questão;
- tendência de piora ou estabilidade se esta não for encaminhada.

A avaliação que se fez, dos resultados que o trabalho do Serviço Social trouxe na organização das reuniões de planejamento da equipe de saúde do CS-II da Lagoa da Conceição, foram considerados positivos pela maioria dos integrantes da equipe. A prova de que este trabalho tem dado bons resultados, está fundamentada nas observações feitas pelo Serviço Social em três reuniões de planejamento da equipe depois da proposta de melhorá-las.

As mudanças observadas foram de que, com a nova dinâmica das reuniões estas passaram a ter um maior número de participantes

e a ser mais organizadas. Portanto, a proposta de organizar as reuniões de planejamento da equipe de saúde do CS-II da Lagoa da Conceição, veio ao encontro da proposta de facilitar e efetivar o planejamento dentro das tarefas cotidianas, e de estar possibilitando um amadurecimento e crescimento da equipe como um todo.

No que tange ao **acompanhamento/observação das visitas domiciliares realizadas juntamente com a equipe do Programa de Saúde da Família**, estas seguiram alguns critérios para a sua realização:

- mulheres puérperas;
- crianças com problemas de vacinação ou desnutrição;
- pessoas com problemas mentais;
- usuários de drogas;
- gestantes;
- diabéticos e hipertensos desacompanhados;
- acamados;
- história de óbito..

A visita domiciliar envolve quatro categorias profissionais (Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e os agentes comunitários de saúde), sendo que no lugar do médico, na maioria das vezes, quem realiza as visitas são os estagiários de medicina, já que estas visitas são realizadas no período da tarde e o médico encontra-se fazendo atendimentos na unidade.

Eventualmente outras duas categorias acompanham a equipe nas visitas. São as estagiárias de farmácia que orientam os pacientes

quanto aos cuidados com a medicação, e atualmente, estagiária de Serviço Social, por estar somente na 4ª fase limita-se a fazer a observação das ações realizadas, já que ainda não pode fazer uma intervenção como uma estagiária de uma fase mais avançada.

Vale lembrar, que quando a equipe retorna ao Centro de Saúde após a visita, a mesma discute a situação com outros profissionais, como por exemplo, o médico e o enfermeiro do PFS, para uma melhor avaliação e de como deverá dar-se prosseguimento aos encaminhamentos necessários.

Para nortear este trabalho de acompanhamento e observação do Serviço Social nas visitas domiciliares, foi necessária a montagem de um roteiro com alguns critérios a serem observados:

- motivo e causa da visita domiciliar;
- categorias profissionais envolvidas na visita ;
- a abordagem do grupo ao paciente;
- primeira visita ou retorno;
- aceitação da pessoa para com o grupo;
- motivo pela qual o paciente não pode vir ao CS-II;
- a utilização ou não, do posto, pelo paciente, antes da visita domiciliar;
- avaliação da participação e acompanhamento de cada categoria na visita;
- área de domicílio.

É importante ressaltar que esta visita é solicitada pelo Agente Comunitário de Saúde de determinada micro-área que realizou um atendimento e verificou a sua necessidade.



Outro fator importante observado nas visitas foi a abordagem e a receptividade dos usuários à equipe. Como os Agentes Comunitários de Saúde têm um contato freqüente com os pacientes que receberão a visita domiciliar, estes são avisados previamente, e já se preparam para recebê-la.

Por fim, a atividade de **observação da recepção do referido Centro de Saúde**, surgiu a partir de uma discussão levantada numa reunião mensal de planejamento da equipe, oportunidade em que o médico da unidade levantou a questão da facilitação de atendimentos às pessoas conhecidas da comunidade, tanto pelo médico quanto por outras pessoas que trabalham na equipe. Isto ocorre quando um paciente chega à unidade com alguma queixa e é atendido sem o agendamento prévio da consulta, como estabelece uma das normas do Centro de Saúde. Desse modo, segundo o médico, isso acaba provocando uma super lotação da unidade, como também um atendimento "menos qualificado" devido a quantidade de pacientes para atender.

Sendo assim, a estagiária de Serviço Social Keli realizou cinco observações na recepção da unidade, onde em todas elas aparecem pontos em comum, como:

- o horário de maior movimento é no início do expediente, quando todas as pessoas que não estão com consulta marcada tentam atendimento na triagem;

- muitas pessoas insistem em ser atendidas após as vagas serem preenchidas;
- muitas pessoas chegam à unidade alegando que já haviam ligado ou conversado previamente com o médico o qual autorizou o atendimento;
- muitas pessoas querem só "conversar", ou que o médico dê só uma "olhadinha", não necessariamente uma consulta;
- em todas as observações realizadas aparece, de alguma forma, o favorecimento para que pacientes sejam atendidos. Favorecimento este, por parte de alguém da equipe de saúde.

Estas foram constatações que prejudicam a qualidade do trabalho e o rendimento da equipe de saúde. Por isso, foi decidido em reunião mensal de planejamento que os pacientes só serão atendidos sem o agendamento prévio, em casos evidentes de emergências.

É importante lembrar que em agosto do mesmo ano em que o Serviço Social iniciou o seu trabalho, ou seja, em 2001, a Assistente Social Magda, afastou-se do Centro de Saúde, ficando a estagiária com a responsabilidade de dar continuidade às atividades iniciadas. As supervisões e acompanhamento do estágio começaram então, a ser realizadas fora da instituição.

Iniciamos nosso estágio no referido Centro de Saúde em setembro de 2001 e o concluímos em maio de 2002. Num primeiro momento, juntamente com a estagiária Keli, começamos a realizar um estudo para reconhecimento da realidade da Instituição, observando as atividades que esta desenvolve, seu funcionamento, seus programas, estruturação e composição da equipe profissional.

Posteriormente, como estagiária representando o Serviço Social, passamos a dar continuidade à atividade de acompanhamento, observação e articulação das reuniões mensais de planejamento já mencionadas, visto que a estagiária Keli também teve de se afastar por motivos pessoais.

Outrossim, passamos a realizar outras atividades planejadas com a supervisora de campo, em orientações também fora da Instituição. Estas atividades compreenderam as seguintes ações:

- apoio e planejamento de trabalhos com grupos específicos, tais como: grupo de gestante, grupo de diabéticos e hipertensos e grupo de educação sexual;
- acompanhamento de situações sociais particulares;
- participação em encontros/cursos de que a equipe da unidade participa;
- mapeamento através de planejamento estratégico dos principais problemas do Centro de Saúde e da comunidade.

Sendo assim, no que se refere à **organização e coordenação de grupos específicos**, segundo Vasconcelos (1997, p.67)

Há alguns anos se vêm tentando organizar formas de atendimento em grupo de problemas clínicos antes só abordados em consultas individuais. Hoje em vários locais já existem experiências bem avançadas em que algumas situações clínicas mais comuns, a ponto de permitirem a formação de grupo de pessoas com situações parecidas são atendidas por consultas coletivas. É o caso do pré-natal (reúnem-se gestantes com idade gestacional próxima), da puericultura (grupos de mães com filhos de idade próxima que se reúnem periodicamente para discutir a evolução deles), do planejamento familiar e do atendimento de hipertensos, neuróticos, pacientes com verminose (trazem o resultado do exame parasitológico de fezes para a reunião), alcoólatras etc.

Desse modo, no que se refere ao *grupo de gestantes* realizado no Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição, o Serviço Social juntamente com outros profissionais da instituição, busca uma articulação e um planejamento para desenvolver tal atividade. Cabe ressaltar, que as mães participantes desse grupo, realizam seu acompanhamento de pré-natal na unidade, onde são encaminhadas a participarem do grupo. Entretanto, qualquer gestante que quiser *participar do grupo, mesmo estando cadastrada em outra Unidade de Saúde*, poderá participar sem qualquer problema. O Serviço Social faz o contato telefônico com as mães avisando o dia da realização do grupo incentivando-as a participarem. Também elabora um cartaz e coloca na recepção da Unidade para que outras pessoas saibam da realização deste e divulgue-o à outras gestantes conhecidas.

Os encontros são, geralmente, realizados na sala de reuniões da própria Unidade no período da tarde, contando aproximadamente com a participação de 10 à 15 gestantes.

Este grupo de educação em saúde visa promover um encontro, oportunidade em que, as gestantes possam trocar informações, experiências, bem como discutir assuntos ligados à gestação junto do médico ou de outro profissional da unidade.

Os temas discutidos são determinados previamente pela equipe coordenadora do grupo da qual participa o Serviço Social, ou essa escolha é feita com base em sugestões das próprias participantes. Porém, se surgirem outras questões no decorrer do encontro, estas são discutidas e os participantes têm suas dúvidas sanadas.

Sendo assim, este encontro tem a intenção, não só de trocar informações e experiência entre as gestantes e discutir temas, como também a construção do vínculo mãe e filho estabelecendo uma relação mais afetiva entre eles e também facilitar o processo de parto.

No que tange ao *grupo de diabéticos e hipertensos*, as reuniões são realizadas mensalmente no espaço da Sociedade Amigos da Lagoa (SAL), sob a coordenação da Auxiliar de Enfermagem Tânia Júlia.

Nesses encontros, os participantes realizam a consulta com o médico da unidade de saúde oportunidade em que é prescrita e fornecida para cada paciente a medicação de que deve fazer uso, como também a realização do exame de controle da glicemia. Os participantes destes encontros são pacientes atendidos no Centro de Saúde e estão numa faixa crescente de aproximadamente 45 anos de idade.

Foi pensando em uma forma de tornar estes encontros mais agradáveis, que em parceria com a também estagiária de farmácia do Centro de Saúde em questão, começamos a coordenar uma atividade corporal com os participantes do grupo.

Em dois encontros dos quais tivemos a oportunidade de participar, contatamos com uma acadêmica de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina que ministra aulas de dança (forró) para alunos do Núcleo da Terceira Idade (NETI) da referida Universidade, que realizou com os participantes do nosso grupo atividade semelhante.

Apesar de alguns participantes se recusarem a participar da atividade, 80% deles realizaram as atividades propostas, inclusive incentivados pelo médico da Unidade, Doutor Pedro Schmitt, que também participou da dinâmica.

Posteriormente, no encontro do mês seguinte, um Professor de Educação Física da Academia de Ginástica Corpus desenvolveu uma atividade de alongamento corporal com os participantes do grupo.

Sendo assim, pudemos perceber um grande entusiasmo e mudança de humor nos membros do grupo, o que tornou o encontro mais alegre e agradável, inclusive os próprios participantes manifestaram o interesse da realização de outras atividades, como uma viagem para um parque aquático. Desse modo, acreditamos que com uma boa "dose" de criatividade e humor, as coisas passam a ter um valor e um sentido diferente.

O grupo de *Educação Sexual* foi outra atividade da qual o Serviço Social participou juntamente com estagiários de Medicina, Farmácia, duas enfermeiras e dois Agentes Comunitário de Saúde. Esta atividade foi realizada na Escola Básica Municipal Henrique Veras, Lagoa da Conceição, com as turmas de 5ª e 6ª séries do ensino fundamental através de um projeto de Sexualidade e DST/AIDS elaborado pelas estagiárias de Serviço Social, Farmácia e a Enfermeira do Programa de Saúde da Unidade.

A idéia de realizar tal atividade, partiu das estagiárias de Serviço Social e Farmácia que levantaram a preocupação de a Unidade de Saúde estar mais envolvida com a comunidade, como também, de incentivar os próprios alunos da referida escola a procurarem os serviços do Centro de Saúde quando há necessidade de algum atendimento ou esclarecimento de alguma dúvida.

Desse modo, a equipe de profissionais responsáveis pelo grupo foi até o estabelecimento de ensino e fez a proposta de discussão do tema. Fomos recebidos pela orientadora pedagógica da Instituição, Graça, a qual se posicionou favoravelmente quanto à realização deste grupo.

É importante ressaltar que a referida escola mostrou-se bastante interessada na discussão do assunto, pois vem percebendo um afloramento destas questões em sua instituição e por isso vê a necessidade de uma discussão mais aberta com seus alunos por profissionais ligados à questão.

Entendemos que nesta idade, o diálogo com os pais a respeito de assuntos ligados à sexualidade em geral, na maioria das vezes é

incipiente ou inexistente. Por isso as estagiárias levantaram tal questão perante a equipe, que se posicionou positivamente para a realização de tal discussão.

Para exposição dos assuntos, contamos com a participação de uma enfermeira do Centro de Saúde da Barra da Lagoa que possui experiência em trabalhar estas questões com jovens e adolescentes. Discutiu-se assuntos como menstruação, métodos contraceptivos, Aids, doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade e gravidez na adolescência. Também foram distribuídos folhetos explicativos sobre AIDS, um preservativo por aluno, como também a explicação de como utilizá-lo e sua importância na prevenção de doenças. Percebemos uma grande participação e interesse por parte dos alunos, sendo que estes fizeram perguntas e questionamentos dos mais variados tipos.

Este grupo seria também trabalhado com as turmas de 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> séries, porém, por falta de tempo previsto em calendário escolar, já que o ano letivo estava encerrando, não pudemos realizá-lo.

Quanto ao **acompanhamento de situações sociais particulares** que o Serviço Social realizou, à princípio, esta atividade tinha a intenção de fazer um acompanhamento de pacientes com internações domiciliares para a viabilização de condutas terapêuticas. No entanto, no período em que estivemos lá estagiando não encontramos casos dessa natureza.

Houve, porém, uma situação social particular em que realizamos um acompanhamento familiar fazendo um total de cinco visitas domiciliares. Esta situação chegou ao Serviço Social por intermédio de um Agente Comunitário de Saúde, que trouxe sua



preocupação quanto à dinâmica desta família.

Esta família estava passando por uma situação bastante complicada. Segundo nos relata a mãe, em uma das visitas, ela e seu companheiro haviam se separado e ela ficara a cuidar dos dois filhos do casal. Um menino de dois anos de idade que faz tratamento de quimioterapia no Hospital Infantil Joana de Gusmão para um tumor no cérebro, e uma menina de três anos de idade.

A mãe nos solicitou um auxílio alimentação, por não poder trabalhar para cuidar de seus dois filhos que são altamente dependentes, além de não ter com quem deixá-los por não possuir familiares aqui em Florianópolis. Manifestou também o interesse de conseguir um advogado gratuito para que o pai de seus filhos pague pensão alimentícia, e um acompanhamento psicológico para ela.

A referida situação familiar foi concluída com bom êxito, tendo a mãe sido encaminhada para os seguintes órgãos competentes:

- Divisão de Assistência da Prefeitura Municipal de Florianópolis para recebimento de cestas básicas;
- Escritório Modelo de Assistência Jurídica (EMAJ) da Universidade Federal de Santa Catarina para atendimento jurídico;
- PRÓ-CEVIC<sup>4</sup> para atendimento psicológico;

Referente aos grupos de formação oferecidos para as Unidades de Saúde de Florianópolis participamos de vários encontros como:

- Palestra sobre dengue promovida pela Secretaria Municipal de Saúde à todos os funcionários de unidades de saúde da Grande Florianópolis;
- Palestra para os enfermeiros do PSF sobre a bolsa alimentação, para capacitar os agentes comunitários de saúde;
- II Simpósio: A Rede de Serviços Públicos de Florianópolis na Atenção às Vítimas de Violência Sexual;
- Reuniões de avaliação do Programa Docente Assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina, entre outros

Estas palestras ou encontros foram fonte de grande aprendizado porque, além de poder vivenciar e perceber na prática questões ligadas a saúde, esta oportunidade nos deu determinados embasamentos teóricos.

Com a entrada de mais dois estagiários de Serviço Social da 6ª fase da Universidade Federal de Santa Catarina, Graziela e João, começamos a elaborar, com a supervisora Magda em orientações semanais na referida Universidade, um planejamento de atividades, através do método do planejamento estratégico, oportunidade em que tentou-se fazer um **mapeamento dos principais problemas da comunidade da Lagoa da Conceição**, para uma possível ação conjunta com os agentes comunitários de saúde.

---

<sup>4</sup> Centro de Atendimento a vítimas do Crime.

Decidiu-se que para uma melhor identificação dos problemas, estas questões seriam levantadas com base em depoimentos de Agentes Comunitários de Saúde, visto que estes são um elo entre comunidade X Centro de Saúde, pois trazem informações mais precisas da realidade de cada família.

Desse modo, foram selecionados três Agentes comunitários de saúde de três micro-áreas distintas, realizando-se um levantamento de questões-problemas citadas pelos próprios agentes. Este levantamento tem a intenção de identificar as situações/problemas de cada micro - área bem como fazer uma discussão com toda a equipe à respeito do assunto buscando alternativas para tais questões.

No entanto, esta atividade não pôde ser continuada por nós, tendo seus encaminhamentos interrompidos, devido ao encerramento do período de estágio, como também pelo motivo de o Serviço Social ter suas atividades transferidas para o Centro de Saúde do Saco Grande II, onde será desenvolvida a residência em áreas como Medicina, Odontologia, Psicologia, Nutrição, Farmácia e Serviço Social.

Portanto, seria de suma importância que esse trabalho fosse continuado, tendo em vista os bons resultados que trouxera e, para que isso aconteça, é imprescindível a presença de, no mínimo, um profissional do Serviço Social em cada unidade de Saúde.

#### 4 CONCLUSÃO

Tomando por base a experiência de estágio curricular obrigatório vivenciada no Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição e tendo em vista os conhecimentos adquiridos, chegamos a uma série de considerações que merecem ser apresentadas e analisadas.

Para se trabalhar na Estratégia de Saúde da Família levando em conta os temas abordados neste trabalho, como a definição de grupos e equipes e a Interdisciplinaridade, acreditamos que a operacionalização desses conceitos é fundamental, pois pudemos perceber, que as ações coletivas desenvolvidas por uma equipe ou grupo de trabalho, se não estiverem bem articuladas e estruturadas, possivelmente comprometerão os resultados ou as ações almejadas.

Neste particular, concordamos com Vasconcelos (1997, p.68) quando diz:

O trabalho dentro de um Centro de Saúde não é pois, de modo algum, algo simples fácil e rotineiro. É, sim, algo extremamente complexo e inovador em que cada problema precisa ser abordado de uma maneira muito mais ampla do que é o habitualmente abordado dentro da medicina tradicional.

Por isso defendemos a idéia de que os profissionais precisam estar engajados e conscientes de seus limites e potenciais, pois quando estes trabalham em equipe, participam de um constante processo de amadurecimento e "renúncia" de suas particularidades, no sentido da distribuição do saber e igualmente do poder.

Desse modo, este processo precisa ser percebido e levado em conta as diferentes particularidades que se apresentarão, dentre elas o atendimento individual, que Segundo Vasconcelos (1997, p.37),

O atendimento individual dentro do Centro de Saúde é um espaço educativo tão rico e ao mesmo tempo tão curto. O profissional de saúde tem que estar preparado para aproveitá-lo. Precisa buscar uma informação teórica que o ajude a compreender a realidade de sua clientela. Uma visão teórica que vá além da visão curta, limitada apenas nos aspectos biológicos, que se aprende nas maiores dos cursos profissionais de saúde. Precisa buscar na epidemiologia, nas ciências sociais e na economia outras dimensões. Mas não basta esta formação teórica! Tem que conhecer bem a realidade local.

Neste sentido, a proposta de uma equipe interdisciplinar para o trabalho desenvolvido que aqui defendemos, pode ser considerada como uma troca de saberes, uma cooperação crescente entre seus membros proporcionando um enriquecimento constante das disciplinas envolvidas neste processo.

À respeito da nossa experiência junto a equipe do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição, pelo o que pudemos perceber/observar, a Interdisciplinaridade ainda é questão muito incipiente, e seus conceitos precisam ser melhor trabalhados pela equipes.

A organização das atividades da equipe é outro ponto que precisa ser discutido e analisado. Tendo em vista que o Serviço Social começou a desenvolver um trabalho neste sentido, conforme já falamos estava sendo considerado bom, lamentavelmente com a sua transferência para outra Unidade de Saúde por causa da residência em Saúde da Família, no momento este trabalho não está sendo continuado.

Perpassando pelo universo desta Instituição percebemos muitos desencontros entre as pessoas, sejam elas profissionais ou usuários da unidade. No entanto temos a expectativa de que a Interdisciplinaridade venha a ser uma prática constante, não só neste espaço mas em todas as áreas, possibilitando um entrelaçamento e um troca de conhecimentos entre as disciplinas envolvidas, como

também propiciar um maior entrosamento e diálogo entre os participantes da equipe.

Ainda segundo Vasconcelos (1997, p.23),

“(...) palavras como diálogo, participação, tecnologia apropriada, conscientização, trabalho em equipe, união, comunidade etc. são utilizadas por todos: o que difere é o significado que os profissionais dão em suas práticas a cada uma destas palavras”.

Reconhecemos que este trabalho não abrange todas as avaliações e análises possíveis sobre a prática que realizamos, entretanto, acreditamos que poderá servir de estímulo, para que os profissionais repensem sua ação e proponham novas alternativas em relação ao seu fazer profissional. Pois, de acordo com Vasconcelos, (1997, p.62) “Só mesmo uma equipe em que a maioria tenha um ideal e uma proposta política semelhante é que consegue superar essas dificuldades”.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM. **Projeto vivência no PSF**. Belo Horizonte, Julho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família- PSF**. Ministério da Saúde - Secretaria Executiva. Brasília, 2001. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acessado em: 25/07/02.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família- PSF**. Brasília, Outubro de 2000.

CERETTA, Luciane Bisognin. VIEIRA, Ioná. Do sanitarismo campanhista ao programa de saúde da família: considerações sobre um processo social em construção. In Episteme/ Publicação Científica da Universidade do Sul de Santa Catarina - Unissul. V.1., nº 19/20. Tubarão: 1993.

FAZENDA, Ivani Catarina A. **Interdisciplinaridade um projeto em parceria**. São Paulo, Edições Loyola, Coleção Educar. 2º edição, 1993.

FAZENDA, Ivani Catarina A. **Interdisciplinaridade**: História, Teoria e Pesquisa. São Paulo: Papirus. 1994.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. **PSF**: Contradições e novos desafios. Conferência de Saúde On-Line. [www.datasus.gov.br/cns,2001](http://www.datasus.gov.br/cns,2001).

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago. 1976.

MACHADO, Evelise C. **O grupo de situação contribuindo para a transformação do cotidiano dos idosos** – Análise da prática desenvolvida pelo grupo de Gerontologia do Hospital Universitário - Monografia (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 1986.

MARTINS, Fabiane Silveira. **Modelo para avaliar programa de desenvolvimento de equipe**. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2000.

MENEGASSO, Maria Éster. **Processo de Implantação de Equipes de Trabalho: Um estudo de Multicasos**. Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2001.

MÔNACO, Felipe de Faria. **Criatividade no Contexto das Equipes de Trabalho**: uma avaliação nas células de gestão autônoma e círculos de controle da qualidade na Ambev-



Filial/S.C. Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2001.

SAÚDE, Ministério da Saúde. **Revista brasileira de Saúde da Família**. Ano II, número 04. Brasília: Janeiro de 2002.

SILVEIRA, Cleidenir da. **"A Interdisciplinaridade e a equipe de Saúde da Unidade de Pediatria do Hospital Universitário"**. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 1986.

VASCONSELOS, Eymard M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3º edição . São Paulo: Hucitec, 1997.